



# 中国慢性病防控及慢病成本管理

中国疾病预防控制中心 慢病社区处 吴静





- ◀ **中国慢性病流行现状及防控的几个核心信息**
- ◀ **慢性病成本管理的几个关键问题**

# 中国慢性病防控面临的挑战



- 疾病负担重
- 对劳动力人口打击大
- 可防可控危险因素未得到有效防控
- 防控力度增加但仍需继续加强
- 慢病成本管理尚在探索

# 疾病负担：China ranks for top 25 causes of YLLs, all ages, 1990 to 2010



## 1990 mean rank (95% UI)

|               |                                |
|---------------|--------------------------------|
| 1.6 (1, 3)    | 1 Lower respiratory infections |
| 2.2 (1, 3)    | 2 Stroke                       |
| 2.2 (1, 3)    | 3 COPD                         |
| 5.2 (4, 8)    | 4 Congenital anomalies         |
| 5.7 (4, 10)   | 5 Drowning                     |
| 7.1 (4, 12)   | 6 Neonatal encephalopathy      |
| 7.6 (4, 10)   | 7 Ischemic heart disease       |
| 7.7 (4, 14)   | 8 Self-harm                    |
| 8.6 (4, 13)   | 9 Preterm birth complications  |
| 9.9 (4, 14)   | 10 Road injury                 |
| 10.5 (6, 13)  | 11 Stomach cancer              |
| 10.5 (8, 13)  | 12 Liver cancer                |
| 12.5 (8, 14)  | 13 Lung cancer                 |
| 14.6 (13, 18) | 14 Cirrhosis                   |
| 14.7 (13, 16) | 15 Tuberculosis                |
| 15.8 (14, 18) | 16 Diarrheal diseases          |
| 17.5 (16, 19) | 17 Rheumatic heart disease     |
| 17.7 (15, 20) | 18 Esophageal cancer           |
| 19.3 (17, 21) | 19 Falls                       |
| 20.7 (19, 24) | 20 Leukemia                    |
| 21.7 (16, 25) | 21 Poisonings                  |
| 22.1 (21, 26) | 22 Colorectal cancer           |
| 22.8 (20, 26) | 23 Hypertensive heart disease  |
| 25.1 (22, 28) | 24 Diabetes                    |
| 25.7 (23, 30) | 25 Meningitis                  |

27 Chronic kidney disease  
37 Breast cancer  
48 Other cardio & circulatory  
117 HIV/AIDS

## 2010 mean rank (95% UI)

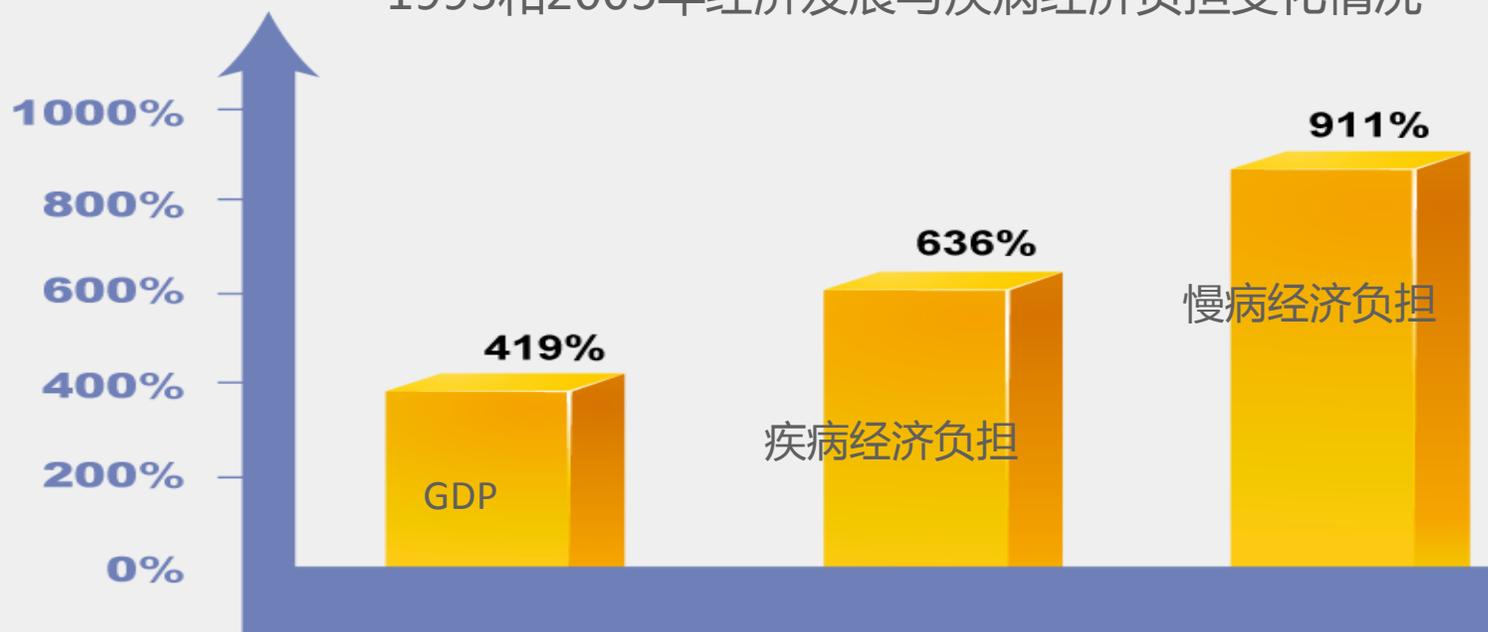
|                                |               |                         |
|--------------------------------|---------------|-------------------------|
| 1 Stroke                       | 1.0 (1, 1)    | 28 (-13, 37)            |
| 2 Ischemic heart disease       | 2.1 (2, 3)    | 86 (23, 103)            |
| 3 COPD                         | 3.3 (3, 5)    | -45 (-51, -40)          |
| 4 Road injury                  | 4.1 (2, 6)    | 65 (-9, 188)            |
| 5 Lung cancer                  | 4.9 (3, 7)    | 88 (27, 112)            |
| 6 Liver cancer                 | 5.7 (3, 6)    | 35 (17, 76)             |
| 7 Stomach cancer               | 7.3 (7, 9)    | -12 (-24, 5)            |
| 8 Self-harm                    | 7.9 (6, 9)    | -45 (-55, 37)           |
| 9 Lower respiratory infections | 9.0 (8, 11)   | -81 (-84, -75)          |
| 10 Esophageal cancer           | 11.5 (9, 18)  | 5 (-40, 35)             |
| 11 Drowning                    | 12.2 (9, 16)  | -67 (-74, -32)          |
| 12 Congenital anomalies        | 12.4 (9, 18)  | -67 (-79, -48)          |
| 13 Colorectal cancer           | 13.5 (10, 16) | 33 (20, 98)             |
| 14 Diabetes                    | 14.1 (11, 18) | 71 (10, 91)             |
| 15 Falls                       | 14.1 (11, 19) | 5 (-30, 26)             |
| 16 Cirrhosis                   | 14.9 (9, 19)  | -50 (-57, 17)           |
| 17 Hypertensive heart disease  | 16.8 (13, 20) | 23 (-8, 42)             |
| 18 Leukemia                    | 18.9 (16, 23) | -10 (-33, 5)            |
| 19 Preterm birth complications | 19.0 (14, 23) | -72 (-82, -58)          |
| 20 Neonatal encephalopathy     | 19.7 (13, 26) | -75 (-86, -60)          |
| 21 Other cardio & circulatory  | 20.5 (18, 22) | 304 (213, 433)          |
| 22 Chronic kidney disease      | 21.2 (19, 24) | 33 (-15, 51)            |
| 23 HIV/AIDS                    | 24.3 (20, 29) | 13,372 (5,588, 435,366) |
| 24 Breast cancer               | 24.7 (22, 27) | 69 (49, 99)             |
| 25 Poisonings                  | 25.9 (22, 37) | -29 (-75, -3)           |

28 Rheumatic heart disease  
29 Tuberculosis  
49 Meningitis  
60 Diarrheal diseases

Yang G, Murray CJ. Rapid health transition in China, 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013 Jun

# 慢性病经济负担增长高于GDP增长

1993和2005年经济发展与疾病经济负担变化情况



|        | 1993年 | 2005年  | 增速   |
|--------|-------|--------|------|
| GDP    | 35334 | 183218 | 419% |
| 疾病经济负担 | 3208  | 23606  | 636% |
| 慢病经济负担 | 1460  | 14762  | 911% |

资料来源：饶克勤中国疾病负担研究

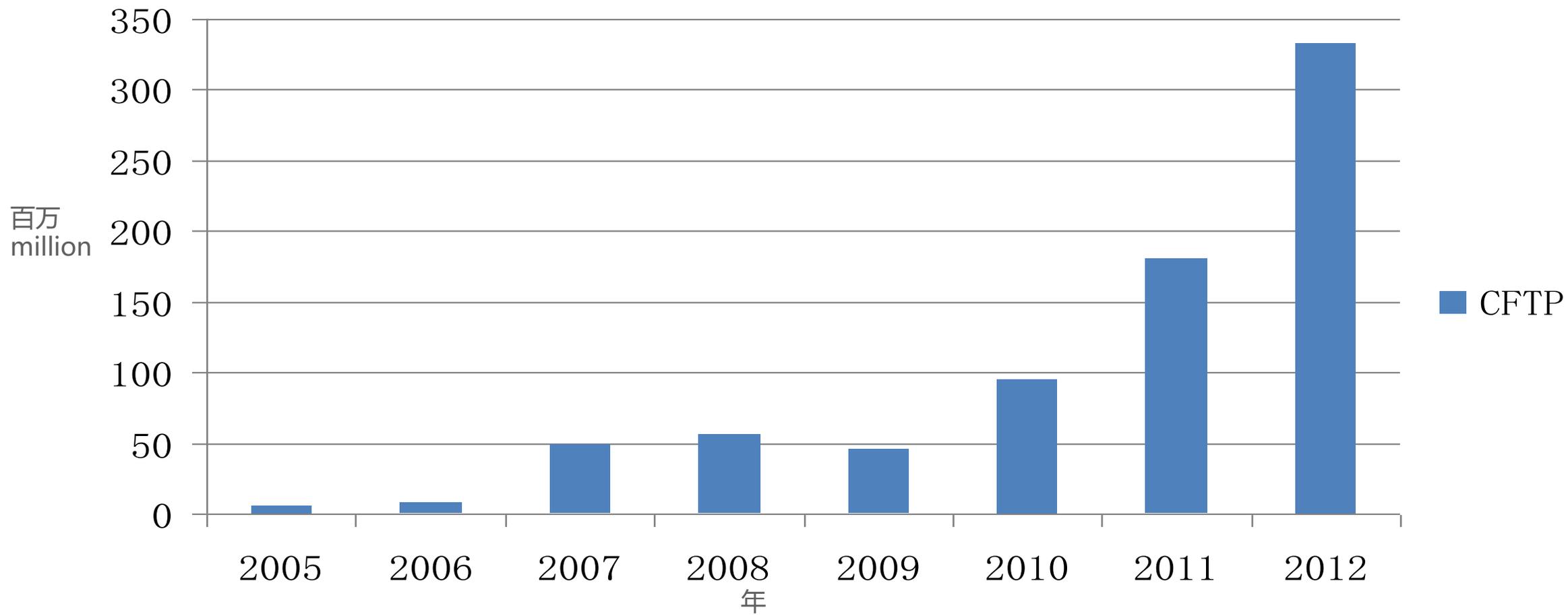
1993年慢病经济负担根据该年度主要慢性病的直接经济负担进行估计。

# 慢性病费用占卫生总费用比重

单位：亿元

| 年份   | 其他卫生费用     | 慢性病费用        | 卫生总费用        | 慢性病费用/THE(%) |
|------|------------|--------------|--------------|--------------|
| 2000 | 1 861. 639 | 1 215. 691   | 3 077. 33    | 39. 50       |
| 2010 | 4 933. 141 | 5 882. 521   | 10 815. 662  | 54. 39       |
| 2020 | 13 072. 31 | 29 388. 402  | 42 460. 712  | 69.21        |
| 2030 | 34 640. 25 | 148 947. 107 | 18 3 587. 35 | 81.1 3       |

# 慢性病防控经费

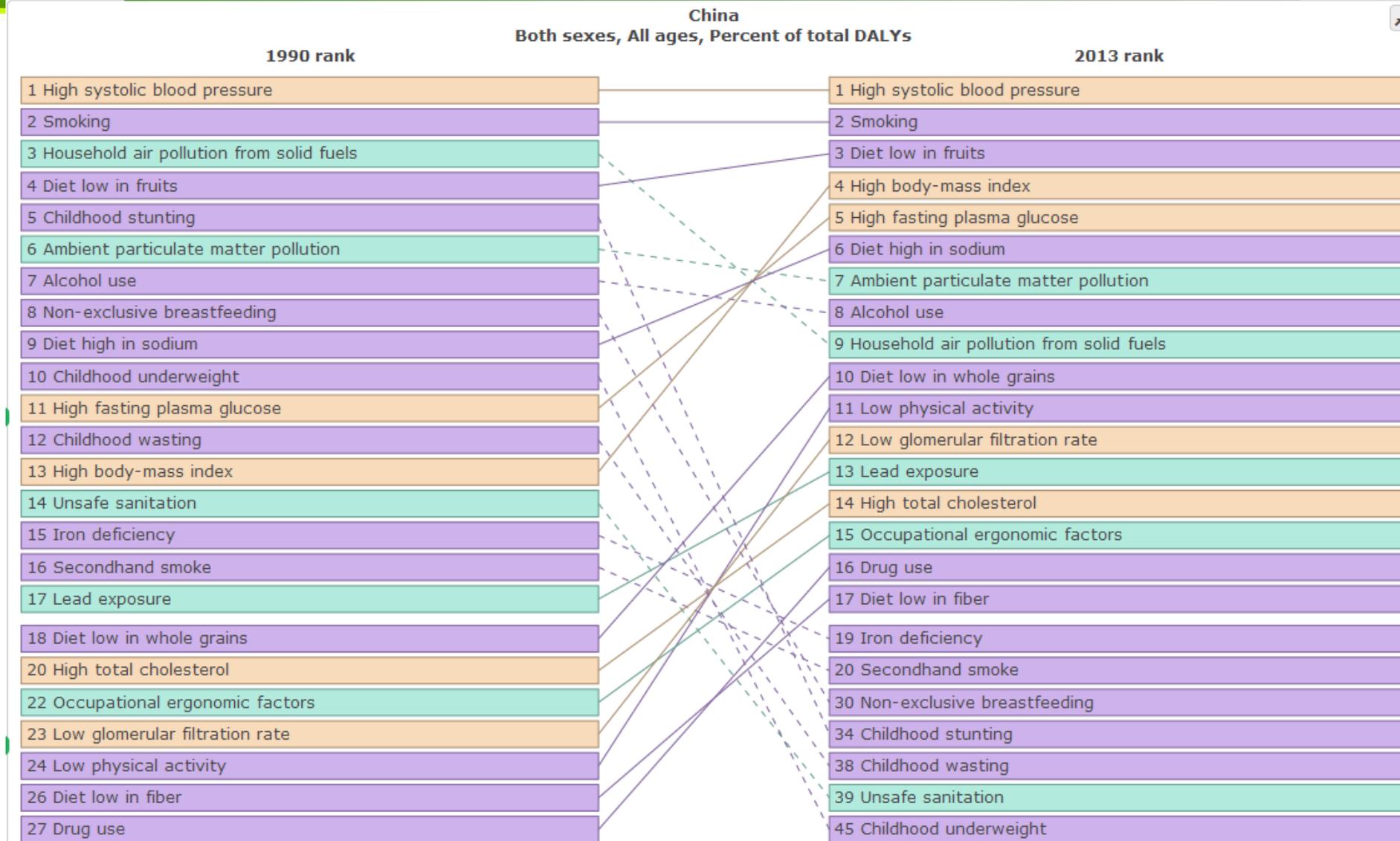


# 慢性病成本管理的几个关键问题



- ◀ **管理策略**：预防为主，联合防控
- ◀ **优先领域**：加强防控具有成本效益的危险因素
- ◀ **路径选择**：社区管理，防治结合
- ◀ **医保支撑**：慢病报销政策→预防性措施进医保
- ◀ **人力条件**：数量和质量都重要
- ◀ **信息手段**：IT助力慢病成本管理

# 管理策略：1990-2013归因不同危险因素DALY顺位



Zhou M, Liang X. Cause-specific mortality for 240 causes in China during 1990-2013: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2016 Jan

## 优先领域：五种优先干预措施的成本估计

|                   | 干预措施                            | 每年人均成本（美元/人/年） |      |      |
|-------------------|---------------------------------|----------------|------|------|
|                   |                                 | 中国             | 印度   | 俄罗斯  |
| 烟草控制              | 加速履行烟草框架公约                      | 0.14           | 0.16 | 0.49 |
| 控盐                | 大众媒体宣传和食品行业自发控盐行动               | 0.05           | 0.06 | 1.16 |
| 糖尿病，不合理膳食，和身体活动不足 | 大众媒体宣传，征收食品税，发放补助，使用明示标签，市场准入限制 | 0.43           | 0.35 | 1.18 |
| 有害饮酒行为            | 增加税收，严禁广告，限制酒类购买或获取             | 0.07           | 0.05 | 0.52 |
| 减少心血管疾病风险         | 慢病高危人群联合用药                      | 1.02           | 0.90 | 1.73 |
| 人均成本总计*           |                                 | 1.72           | 1.52 | 4.06 |

\*不包括未来治疗需要的花费

# 路径选择：以社区为基础的慢性病防控是最经济的途径



## 芬兰北卡(North Karelia , 1972 ~ 1977):

社区管理每增加一个QALY所需成本为4628美元(5%贴现率),

采用高血压普查和治疗策略, 每增加一个QALY大约需要11000美元

## 天津：

1991~1996效益成本比为2.48

其中1996年的效益成本比为4.98

田惠光,宋桂德,董燕敏,等.1996年天津市慢性病综合干预项目的成本-效用与成本-效益分析.中国慢性病预防与控制,2000;8 (4):147-150

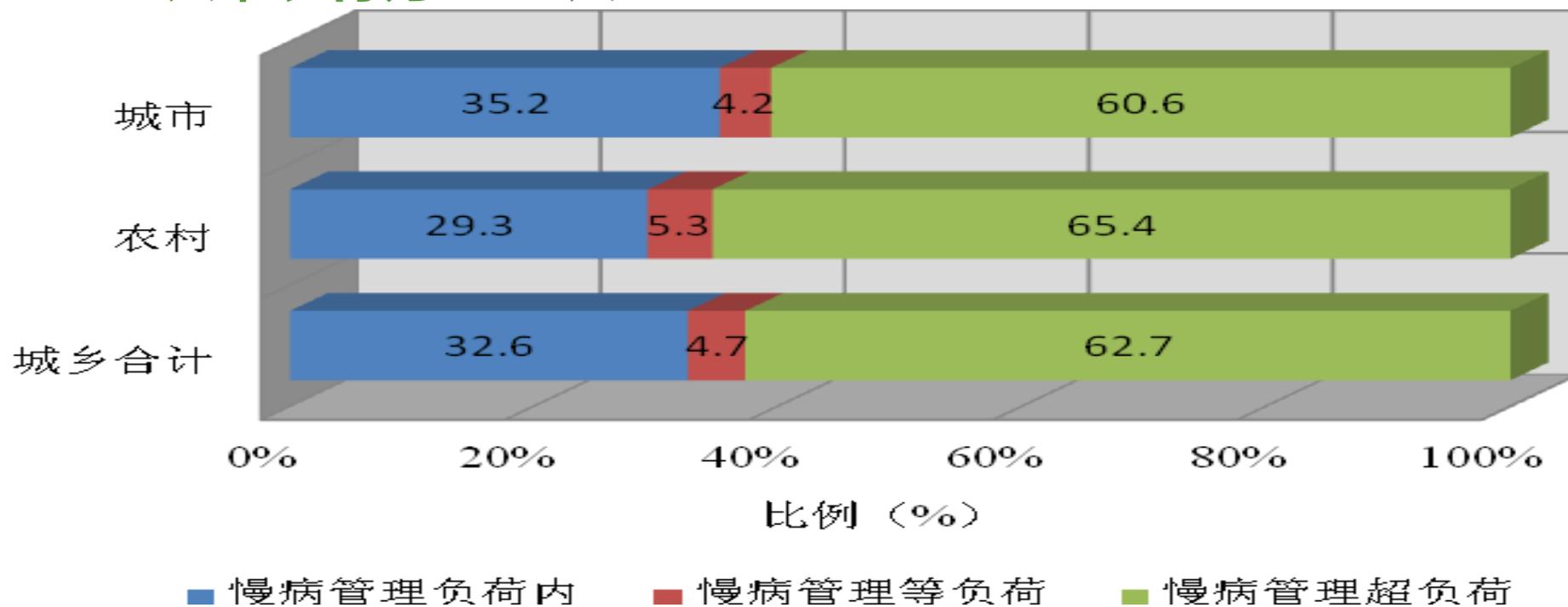
表 1 部分地区慢性病医疗保障政策比较

| 地区  | 病种覆盖范围             | 管理方法   | 政策特点                        | 效果简评  |
|-----|--------------------|--|-----------------------------|---|
| 盐城  | 将慢性病列为大额补充病种       | 建立大额补充医疗保险基金, 实行限额报销   | 建立专项基金, 限额 + 按比例负担          | 为大额补充病种提供资金来源, 解决患者费用问题; 但慢性病病种较少, 小额门诊费用得不到报销      |
| 徐州  | 分三大类, 不同类别不同标准     | 一个统筹年度个人累计支付超过一定金额, 由统筹基金最高补助限额和补助比例按医院不同进行补助                              | 按病情严重程度分类, 病种范围广            | 病种范围较广, 受益患者增多; 但可能造成过度利用医疗卫生资源                     |
| 临沂  | 27 种               | 在慢性病医疗保障中心费用即时按比例报销; 其他定点医院, 年末到医保处报销                                      | 门诊慢性病病种用药、监测管理系统软件; 即时按比例报销 | 病种覆盖较广, 信息化便于患者自由选择; 即时报销为患者带来方便                    |
| 石家庄 | 37 种               | 单病种年度报销金额限额管理, 超过起付标准的部分在当年个人账户用完后, 由医疗补助基金和个人共同负担, 医疗补助基金支付 90%, 个人支付 10% | 筹资互助, 重视个人负担的作用             | 有效控制费用, 但可能导致个人负担过重                                 |
| 青岛  | 43 个病种中, 20 个有限额标准 | 门诊大病与住院 (或家庭病床) 的医疗年度合并计算<br>多病种限额 = 基础限额 + 增加限额                           | 多病种限额政策<br>以医疗年度为单位计算       | 医疗费用结算年以患者实际发生费用时间为起点, 维护患者经济利益; 多病种限额政策有利于减轻慢性病人负担 |
| 镇江  | 11 种               | 以就诊人头为核心的总额预算管理结算方式, 分别制定慢性病年度门诊药品费用标准, 年终根据实际慢性病服务人头和年度门诊药品费用标准结算         | 建立统一电子档案, 单独统计医疗保险数据        | 费用控制良好, 可能造成医生诱导消费                                  |
| 淮安  | 9 种                | 定额包干, 总量调控。超支部分医保与医院进行“三、七”分担, 节约部分 70% 奖励定点医院                             | 病种分值, 定额包干, 总量调控            | 有效控制医疗费用, 有可能降低服务水平                                 |

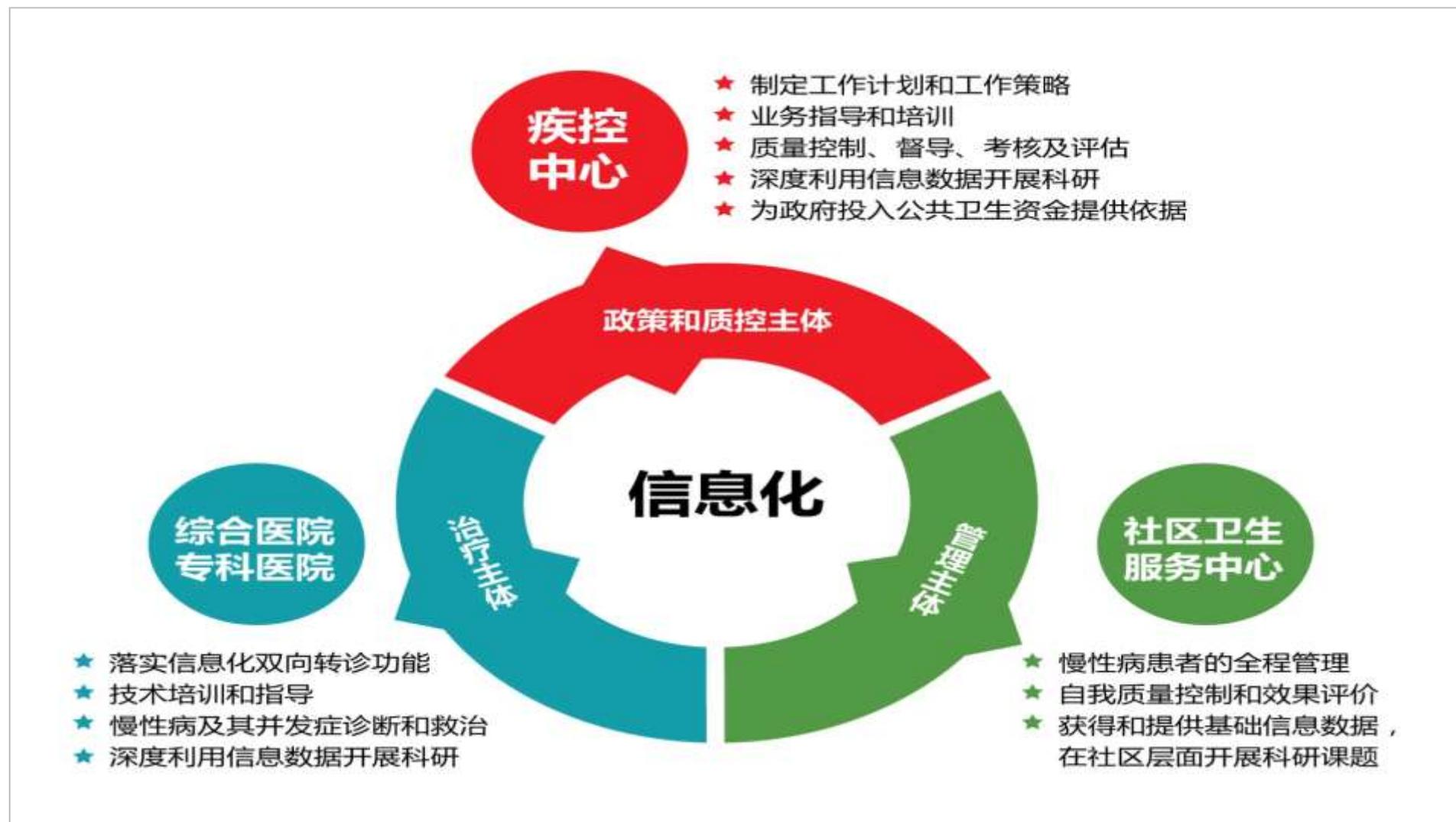
# 人力条件



- 医务人员平均每人管理患者人数：高血压患者、糖尿病患者和其他慢性病患者数分别为168.1、59.6和26.9
- 城市社区卫生服务中心医务人员反映平均最多能管理慢性病患者：城市为248.2人，农村为111.6人



# 信息化手段





**希望交流合作，共同探索！  
Thanks!**